



TORAH CAMP

case postale 6003, 1211 Genève 6

Téléphone: 022 860 86 00/13

E-Mail : hdc@habadgeneve.ch

FICHE D'INSCRIPTION TORAH CAMP DU 1^{ER} JUILLET AU 19 JUILLET 2024

A retourner dûment remplie et signée

Je soussigné, Monsieur, Madame _____ demande
l'inscription de mon/mes enfant/s au **TORAH CAMP** pour les semaines suivantes :

01 au 05 juillet 08 au 12 juillet 15 au 19 juillet

HORAIRE : de 09h00 à 16h30 (vendredi 15h30)

FAMILLE: Père Nom _____ Prénom civil _____ Hébraïque _____

E-Mail: _____ Tél portable : _____ Tél travail: _____

Mère Nom _____ Prénom civil _____ Hébraïque _____

E-Mail: _____ Tél portable : _____ Tél travail: _____

Adresse domicile : _____

Tél. domicile : _____ Autre numéro en cas d'urgence : _____

ENFANT(S):

Nom de famille : _____ Prénom civil : _____ Hébraïque : _____ Sexe : M / F

Date de naissance civile : ____ / ____ / ____ Hébraïque : ____ / ____ / ____ Heure de naissance : _____

Prière d'indiquer ici les autres renseignements que vous estimez utiles (allergies, etc.) :

Nom de famille : _____ Prénom civil : _____ Hébraïque : _____ Sexe : M / F

Date de naissance civile : ____ / ____ / ____ Hébraïque : ____ / ____ / ____ Heure de naissance : _____

Prière d'indiquer ici les autres renseignements que vous estimez utiles (allergies, etc.) :

A l'aide du tableau tarifaire ci-dessous, veuillez nous indiquer le montant total dont vous devrez vous acquitter, ainsi que le mode de paiement que vous désirez utiliser :

TABLEAU TARIFAIRE *

INSCRIPTION POUR:	Garçons (9 à 14 ans)
la semaine	250.-
2 Semaines	420.-
3 Semaines	600.-

TOTAL : _____ CHF Espèces CCP

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités. J'autorise d'autre part la direction du centre aéré à faire soigner mon enfant sur prescription médicale et j'en rembourserai les frais.

FAIT A GENEVE LE:

SIGNATURE DES PARENTS: